**緊急時連絡カード（食物アレルギー）**

**食物アレルギー**

のため『エピペン』を

携帯しています



主治医

携帯緊急薬

その他疾患

連絡先②　　　　　　　　　　　　　　　（　　　）

作成　　　　　年　　　月　　　日

ふりがな

名前　　　　　　　　　　　　　（　　）　　　歳

**アレルゲン**

緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　（　　　）

自宅住所

